



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Flyktingars copingstrategier vid posttraumatiskt stressyndrom och depression

En litteraturstudie

Författare: Astrid Knutsson & Emma Olsson

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats

Januari 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Flyktingars copingstrategier vid posttraumatiskt stressyndrom och depression

En litteraturstudie

Författare: Astrid Knutsson & Emma Olsson

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats

Januari 2017

Abstrakt

Bakgrund: Av de flyktingar som kommer till Sverige beräknas en stor andel lida av psykisk ohälsa som svensk sjukvård har svårt att bemöta. Den psykiska ohälsan kan visa sig som posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression. Studiens utgångspunkt var Roys adaptationsteori för omvårdnad och ett humanistiskt synsätt. **Syfte:** Studiens syfte är att belysa flyktingars copingstrategier vid PTSD och depression. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturstudie med integrerad analys där åtta vetenskapliga artiklar inkluderades. **Resultat:** Fyra kategorier av copingstrategier framkom; *att använda sociala strategier, att använda fysiska strategier, att vända sig till religion* och *att hantera känslor*. **Slutsats/kliniska implikationer:** Sjuksköterskan kan genom att inneha kunskap om flyktingars copingstrategier vid PTSD och depression stödja och främja adaptation. Kunskapen kan vara viktig inom omvårdnad då patientgruppen förekommer genom hela vårdkedjan.

Nyckelord

Flyktingar, Copingstrategier, PTSD, Depression, Omvårdnad

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	5
Omvårdnad vid psykisk ohälsa	6
Copingstrategier	6
Posttraumatiskt stressyndrom	7
Depression	8
Definitioner	9
Lagar och författningar	9
Syfte	10
Metod	10
Urval av databaser	10
Inklusions- och exklusionskriterier	11
Datainsamling	11
Sökschema	12
Genomförande av datainsamling	13
Genomförande av databearbetning	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	14
Modell 1	15
Att använda sociala strategier	16
Att använda fysiska strategier	18
Att vända sig till religion	19
Att hantera känslor	21
Diskussion	22
Diskussion av vald metod	22
Diskussion av framtaget resultat	24
Att använda sociala strategier	24
Att använda fysiska strategier	24
Att vända sig till religion	25
Att hantera känslor	26
Slutsats och kliniska implikationer	26
Författarnas arbetsfördelning	28
Referenser	29
Bilaga 1 (2)	33
Granskningsmall 1	33
Bilaga 2 (2)	34
Granskningsmall 2	34

Problembeskrivning

År 2015 sökte omkring 162 000 flyktingar asyl i Sverige och under år 2016 lämnade cirka 28 900 personer in sin asylansökan (Migrationsverket, 2016b). Flyktingar vilka har sökt skydd i ett annat land har flytt i hopp om en säkrare tillvaro där en av orsakerna till att personerna har flytt kan vara krig (Socialstyrelsen, 2015). Krig leder ofta till traumatiska kriser som kan medföra psykologiska efterreaktioner hos individer (Tamm, 2012). Enligt Tamm (2012) kan i vissa fall traumatiska upplevelser utvecklas till psykisk ohälsa i form av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Tidigare forskning har visat en hög prevalens av PTSD hos flyktingar då en metaanalys från 2005 visade att cirka en av tio vuxna flyktingar som flytt till västvärlden led av sjukdomen (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Nyligen gjord forskning har visat på fortsatt problematik då en studie från USA visade på förekomst av PTSD hos 69 procent av studiens deltagande asylsökande (Asgary, Charpentier, & Burnett, 2013). Likaså har en studie som inkluderade 352 syriska flyktingar visat en prevalens av PTSD på 33,5 procent (Alpak et al., 2015).

Traumatiska upplevelser kan även vara orsak till att en depression utvecklas (Michel, Otto, Nilsson, Bergh Johannesson, & Lundin, 2010). Socialstyrelsen (2015) menar att depression är den mest förekommande psykiska sjukdomen i Sverige men att sjukdomen är än mer förekommande hos flyktingar. Stress eller sociala faktorer i samband med flykt och ankomst till nytt land kan utlösa depression (a.a.). Studier gjorda på flyktingar visar även på en hög förekomst av sjukdomen. En översiktsartikel från 2014 visade en prevalens av depression mellan 28,3 till 75 procent hos flyktingar från Irak (Slewa-Younan, Uribe Guajardo, Heriseanu, & Hasan, 2015). Ytterligare forskning har visat att 38,3 procent av de inkluderade somaliska flyktingarna led av depression (Feyera, Mihretie, Bedaso, Gedle, & Kumera, 2015) och även en metanalys visar på hög förekomst med 44 procent prevalens (Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck, & Brähler, 2009). Forskning visar därmed att posttraumatiskt stressyndrom och depression är vanligt förekommande hos flyktingar.

Enligt Tamm (2012) bearbetar individer kriser på olika sätt. För att som hälso- och sjukvårdspersonal kunna hjälpa den som blivit drabbad att hantera sitt tillstånd är det viktigt att vara medveten om vilka copingstrategier individen använder (a.a.). Med anledning av ökad tillströmning av denna patientgrupp till Sverige under de senaste åren finns ett behov av att

öka kunskapen om hur flyktingar hanterar sitt sjukdomstillstånd vid PTSD och depression (Socialstyrelsen, 2016b). För att som sjuksköterska kunna anpassa omvårdnaden av dessa patienter och med bakgrund av professionens helhetssyn som enligt Svensk sjuksköterskeförening (2009) ska prägla arbetet är det av vikt att belysa vilka copingstrategier som flyktingar använder sig av i hanteringen av sin sjukdom.

Bakgrund

De största grupperna av asylsökande i Sverige kommer från Syrien, Afghanistan och Irak. Den stora tillströmningen av flyktingar har gjort att situationen inom svensk hälso- och sjukvård är ansträngd där resurser inte räcker till (Migrationsverket, 2016a). Socialstyrelsen (2016a) framhäver att läget sedan december 2015 har stabiliserats men att belastningen för mödravården, barnsjukvården samt psykiatrin fortfarande är hög. Även akutsjukvården, primärvården och tandvården har påverkats av den ökade tillströmningen av patienter. Orsaken till att läget har stabiliserats beror främst på att färre personer har sökt asyl men även på grund av att vården har genomgått organisationsförändringar för att möta det ökade behovet av sjukvård. Landstingen är dock ojämnt belastade och mindre kommuner med små vårdenheter är särskilt hårt drabbade (a.a.). Under hösten 2015 bedömde regeringen att det stora antalet människor som tagit sig till Sverige för att söka asyl riskerade den allmänna ordningen i landet såväl som den inre säkerheten. Denna situation blev därför anledning till implementering av nya riktlinjer, däribland tillfälliga gränskontroller (Regeringskansliet, 2016). Enligt Socialstyrelsens analys som genomförts parallellt med de nya riktlinjerna har det skett en markant minskning av asylsökningar i Sverige under 2016 (Socialstyrelsen, 2016b). Trots minskat tillflöde av nyanlända har inte antalet flyktingar som befinner sig i landet sjunkit och behovet av hälso- och sjukvård är därför inte reducerat (a.a.).

Socialstyrelsen (2015) beräknar att mellan 20-30 procent av det totala antalet flyktingar som kommer till Sverige lider av psykisk ohälsa och många av dessa undviker kontakt med psykiatrin. Rädsla för stigmatisering är den främsta orsaken till att flyktingar inte söker hjälp för sina psykiska problem. Andra anledningar enligt Socialstyrelsen (2015) till att dessa personer inte får den hjälp som de behöver kan vara att vårdgivaren inte uppmärksammar den psykiska ohälsan eller är osäker på vilka rättigheter som flyktingarna har. Flyktingar kan även mötas av andra problem när de kommer till sitt nya land, så som språksvårigheter och kulturskillnader, vilket kan göra att den psykiska ohälsan blir än mer påtaglig. Även

asylprocessen kan påverka den psykiska hälsan negativt eftersom den kan vara långdragen och präglas av osäkerhet och otrygghet (a.a.). De främsta psykiatriska diagnoserna som Socialstyrelsen (2016b) identifierat hos flyktingar är PTSD, svår ångest och depression och menar även att en av de största utmaningarna inom vuxenpsykiatri är att öka kompetensen hos vårdpersonalen om PTSD och traumavård.

Perspektiv och utgångspunkter

Studien har genomförts med ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv. Enligt Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström (2016) fokuserar omvårdnadsforskning på individens hälsa och välbefinnande samt bevarande och återskapande av detta. Forskningen är humanvetenskaplig och antar ett humanistiskt synsätt (a.a.) vilket beaktades i denna studie genom att se människan ur ett helhetsperspektiv.

Teorin som genomsyras i studien är Callista Roys adaptationsteori för omvårdnad. Enligt Andrews och Roy (1986) ses i denna teori människan som ett system som adapterar till yttre och inre omgivning. Omgivningen är ett av de huvudkoncept som är presenterade i denna omvårdnadsmodell då förändringar i omgivningen påverkar hur människan svarar genom adaptation (a.a.). Hur människan svarar genom adaptation är beroende av de kognator- och regulatorsystem som individen använder sig av. Dessa system är kategoriserade utifrån copingmekanismer som beskrivs som människans möjligheter att hantera en situation samt reaktioner på omgivningen. Regulatorsystem inkluderar adaptiva svar som uppkommer genom neurologisk, kemisk och endokrin aktivitet medan kognatorsystem syftar till svar som ges genom kognitiva och känslomässiga processer (Andrews & Roy, 1986; Hellberg, 1993). Med coping avses i teorin beteendemönster och hantering av dagliga situationer likaså att hitta nya förhållningssätt när stora förändringar utmanar tidigare använda reaktionssvar (Roy & Roberts, 1981).

Enligt Hellberg (1993) avser Roy att alla patienter inte kan uppnå totalt socialt, fysiskt eller psykiskt välbefinnande vilket sjuksköterskan måste ha insikt i. Sjuksköterskans uppgift är att främja hälsa genom att underlätta människans adaptation och interaktion med omgivningen (a.a.). Målet för omvårdnaden definieras enligt Hellbergs (1993) beskrivning av Roys modell som "...att främja adaptation inom fysiologiska system, självbild, rollfunktion, beroende/oberoende och därigenom medverka till en människas hälsa, livskvalité och/eller en

värdig död” (s. 20). Förändringar i hälsotillstånd medför olika reaktioner för varje individ och det är sjuksköterskans uppgift och ansvar att i dessa förändringar hjälpa människan att anpassa sig. Uppgiften blir således för sjuksköterskan att kunna identifiera den adaptionsnivå människan befinner sig på och möjligheten hos individen att svara på dessa förändringar. I omvårdnaden skall även svårigheter identifieras och adaptation främjas. Adaptionsnivå definieras enligt Hellbergs beskrivning (1993) “...som en föränderlig nivå, som representerar en människans möjligheter att svara positivt på en situation” (s. 14). Adaptionsnivån är beroende av personens tillstånd både fysiskt och psykiskt och situationens svårighetsgrad (a.a.).

Omvårdnad vid psykisk ohälsa

Foldemo (2014) betonar egenskaper som är viktiga hos sjuksköterskor som arbetar med psykiatrisk omvårdnad. För att uppnå ett samspel mellan patient och vårdpersonal krävs ett bra möte. Sjuksköterskan måste i detta möte lyssna aktivt, ha tid för mötet och visa förståelse för patientens situation. En relation skapas genom mötet där förhoppningen är att patienten ska få möjlighet att utvecklas och känna sig sedd (a.a.). Sjuksköterskans omvårdnadsarbete syftar till att främja god hälsa samt att hjälpa patienten att så långt som möjligt bli självständig. Ledord är delaktighet, trygghet och respekt. Sjuksköterskan ansvarar för att implementera etik i all omvårdnad och ett etiskt synsätt ska genomsyras i bemötande, beslut och bedömningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2014b). I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor presenteras fyra huvudsakliga ansvarsområden (Svensk sjuksköterskeförening, 2014a). Dessa är “... att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande” (s. 3). Den omvårdnad som sjuksköterskan ger skall bland annat ges oberoende av kön, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund (Svensk sjuksköterskeförening, 2014b). Sjuksköterskor möter personer i kris genom hela vårdkedjan vilket innebär att sjuksköterskan har en betydelsefull funktion i att hjälpa patienten att få hjälp och rätt vård i relation till patientens situation (Skärsäter, 2014).

Copingstrategier

Coping kan beskrivas som ett sätt att hantera förändringar oavsett positivt eller negativt utfall. Copingstrategier kan vara antingen ett naturligt eller inlärt sätt att svara på förändringar i människans miljö, ett specifikt problem eller situation (Berman, Snyder, & Kozier, 2014).

Enligt Lazarus (1991) syftar coping till hur en individ bemöter och anpassar sig till ett upplevt yttre eller inre hot. Copingstrategier kan delas in i två grupper; emotionella och kognitiva. Emotionell coping innebär att personen hanterar hotet genom att bearbeta det känslomässigt och kognitiv coping innebär tankemässig hantering. De olika strategierna kan även innebära undvikande av tankar och känslor. Kognitiv coping kan visa sig som problemfokuserad coping vilket innebär att handla aktivt för att påverka hotet genom till exempel problemlösning (a.a.). För att hjälpa människor i kris är det av vikt att som vårdpersonal ha kunskap om vilka copingstrategier som patienten använder. Detta för att kunna identifiera patientens förhållningssätt och på så sätt kunna se vad som är en positiv eller negativ hantering av situationen i riktning mot en bättre hälsa (Tamm, 2012). Även om copingstrategierna inte alltid är till hjälp för patientens utveckling mot ett förbättrat hälsotillstånd är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om att strategierna är ändamålsenliga för individen i stunden. Hur effektiva copingstrategierna är beror på en mängd faktorer som till exempel stressorernas intensitet, personens tidigare erfarenheter och styrka (Berman et al., 2014).

Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiskt stressyndrom är en svår ångestsjukdom som kan förekomma hos personer som varit exponerade för händelser som de upplevt som traumatiska (Passer et al., 2008). I DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013) presenteras PTSD som ett av de syndrom som ingår i gruppen trauma- och stressrelaterade syndrom. I denna grupp finns de diagnoser presenterade som är orsakade av traumatiska eller stressrelaterade händelser (a.a.). En akut stressreaktion utvecklas när en individ urskiljer en situation som hotfull och benämns även ibland som kamp- eller flyktreaktion. Denna reaktion räknas inte som lidande av en sjukdom utan som en normal reaktion eftersom den oftast klingar av när det som orsakat reaktionen har försvunnit. Om detta tillstånd dock är ihållande kan personen utveckla PTSD. I detta sjukdomstillstånd är tre symptomgrupper centrala; återupplevande, undvikande samt överspändhet. Om alla grupperns symptom har visat sig inom sex månader efter den traumatiska händelsen kan personens tillstånd klassificeras som PTSD. Om traumatisering upprepas eller är av omfattande karaktär definieras tillståndet som komplext posttraumatiskt stressyndrom vilket innebär att den drabbades personlighet blir än mer påverkad (Michel et al., 2010).

Enligt Michel et al. (2010) visar sig återupplevandet, så kallade flash-backs, som återkommande eller ihållande reminiscenser av den traumatiska händelse som personen har upplevt. Dessa återupplevelser kan emellanåt utlösas av händelser som påminner om och kan associeras till det upplevda traumat och kan ofta visa sig som mardrömmar. Vid undvikande uppträder sig detta som att personen undviker sådant som påminner om traumat och som därmed skapar kopplingar till händelsen. Den tredje symtomgruppen som benämns som överspändhet inkluderar även minnesrubbingar. Minnesrubbingar kan vara förluster av viktiga aspekter av tidsperioden som föreligger precis före, under samt strax efter traumat. Överspändhet syftar på insomningssvårigheter, koncentrationssvårigheter, patologiskt ökad uppmärksamhetsnivå, etcetera. Överspändhet kan även leda till att personen överreagerar på oväntade ljus- och ljudintryck (a.a.). Behandling av posttraumatiskt stressyndrom består enligt Michel et al. (2010) av en kombination av olika behandlingsmetoder och därmed inte av en enskild metod. Exempel på behandlingsmetoder är traumafokuserad kognitiv beteendeterapi, kognitiv terapi och EMDR som är en psykoterapeutisk metod med fokus på ögonrörelser (a.a.).

Depression

Traumatisk stress kan både ge posttraumatiska men även depressiva symtom vilket i vissa fall kan vara den dominerande symtombilden (Michel et al., 2010). Depression ingår i gruppen av förstämningssyndrom och runt hälften av de personer som drabbats av en depression har även en ångestsjukdom (Passer et al., 2008). Det finns flera olika typer av depression där gemensamt för dessa är nedstämdhet, känslor av tomhet och irritabilitet tillsammans med somatiska och kognitiva förändringar. Dessa förändringar påverkar individens funktionsnivå. Vad som skiljer de olika typerna av depression åt är deras etiologi, duration och när de uppkommer (American Psychiatric Association, 2013). Symtomen kan delas in i fyra olika kategorier; emotionella, kognitiva, motiverande och somatiska. Till emotionella symtom hör känslor av ledsamhet, hopplöshet och oförmåga till glädje. Kognitiva symtom innefattar bland annat koncentrationssvårigheter och negativa tankar om sig själv och omvärlden. Personer som är deprimerade har ofta svårt att hitta motivation och att komma igång med aktiviteter, vilket innefattas i motiverande symtom. De somatiska symtomen kan innebära nedsatt aptit, energilöshet, sömnsvårigheter och viktnedgång eller viktökning. Behandlingen innefattar psykologisk samt farmakologisk behandling (Passer et al., 2008). Samsjuklighet mellan depression och PTSD är vanligt förekommande. Denna samsjuklighet kan påverka effekten av

behandling av depressiva symtom, förlänga sjukdomarnas varaktighet samt öka risken för suicid och återfall (Michel et al., 2010).

Definitioner

Flyktingar: FN:s Flyktingkonvention beskriver flyktingar som "... människor som har flytt från sina länder på grund av välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, nationalitet, politisk uppfattning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp, och som inte kan eller vill återvända" (Förenta Nationernas regionala informationskontor för Västeuropa [UNRIC], u.å.)

Asylsökande: Definitionen av asylsökande är enligt Migrationsverket "En utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd, men som ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och/eller migrationsdomstol" (Migrationsverket, 2015b).

Papperslösa: Socialstyrelsen definierar papperslösa som personer som befinner sig i Sverige efter att ha fått beslut om avvisning eller utvisning från landet enligt utlänningslagen. Till gruppen hör även de som inte ansökt om tillstånd för vistelse i landet. Papperslöshet innebär inte avsaknaden av identitetshandlingar såsom pass eller id-kort (Socialstyrelsen, u.å.).

En flykting kan ansöka och få asyl enligt utlänningslagen (Migrationsverket, 2015a). Med asyl avses i utlänningslagen att bevilja uppehållstillstånd till en flykting eller alternativt skyddsbehövande (Riksdagen, SFS 2005:716). Om asyl inte beviljas men personen i fråga uppehåller sig i landet där ansökan har prövats definieras personen som papperslös (Socialstyrelsen, u.å.). I begreppet flykting ingår således asylsökande samt papperslösa som i dessa fall syftar på olika stadier i flyktingprocessen.

Lagar och författningar

Rätten till vård skiljer sig för flyktingar som har kommit till Sverige jämfört med svenska medborgare likaså vilken lag som ligger till grund för detta. Rätt till vård presenteras i hälso- och sjukvårdslagen åt asylsökande med flera (HSL åt asylsökande m.fl., SFS 2008:344). Lagen avser bestämmelser om landstingens skyldigheter att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård åt asylsökande med flera utöver det som är stadgat i hälso- och sjukvårdslagen och

tandvårdslagen. Själva begreppet hälso- och sjukvård avses i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ”...åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador” (1 §).

I hälso- och sjukvårdslagen åt asylsökande med flera (HSL åt asylsökande m.fl., SFS 2008:344) presenteras olika rättigheter för barn och vuxna. Personer som är under 18 år och är asylsökande har samma rättigheter till hälso- och sjukvård som de barn som är folkbokförda i Sverige. Asylsökande över 18 år har rätt till “...vård som inte kan anstå, mödravård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning” (HSL åt asylsökande m.fl., SFS 2008:344), 6 §). Samma rättigheter gäller för papperslösa (HSL till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, SFS 2013:407). Efter att en asylsökande har fått uppehållstillstånd som flykting har personen rätt till samma vård som svenska medborgare (Migrationsverket, 2016c).

Syfte

Studiens syfte är att belysa flyktingars copingstrategier vid posttraumatiskt stressyndrom och depression.

Metod

Studien är genomförd i form av en litteraturstudie som enligt Forsberg och Wengström (2016) syftar till att sammanställa och kartlägga kunskapsläget som finns i nutid inom ett område. En litteraturstudie kan även fungera som motivering och grund till en empirisk studie (a.a.). Litteraturstudien sammanfattade gjorda studier som svarade på denna studies syfte. De inkluderade studierna granskades med granskningsmall följt av en integrerad analys.

Urval av databaser

Artiklar har sökts i följande databaser; PubMed, CINAHL samt PsychINFO. Databasen PubMed innehåller främst medicinsk litteratur men även tidskrifter inom ämnet omvårdnad, i CINAHL är omvårdnad i fokus och innehåller referenser från engelskspråkiga tidskrifter och

PsychINFO är inriktat på psykologi och psykologiska aspekter (Willman et al., 2016).

Inklusions- och exklusionskriterier

Då studiens syfte var att studera flyktingar valdes även asylsökande och papperslösa att inkluderas i sökningen då dessa ansågs som undergrupper till flyktingar enligt ovan beskrivna definitioner. För att avgränsa sökningen till aktuell forskning användes filter för att avgränsa till artiklar skrivna de senaste 15 åren. I PubMed och PsychINFO användes även filter för att exkludera artiklar där deltagarna var under 18 år och i PsychINFO användes filter för att exkludera artiklar som inte var vetenskapliga samt de som inte var skrivna på skandinaviska språk eller engelska. Artiklar där fokus låg på riskfaktorer, behandling, prevalens av sjukdomstillstånden och personer under 18 år exkluderades. Även sekundärkällor exkluderades vilket innebar att översiktsartiklar samt metaanalyser inte beaktades likaså artiklar som ej var vetenskapliga.

Datinsamling

Datinsamlingen inleddes med att identifiera Mesh-termer för sökning i PubMed, CINAHL-headings för sökning i CINAHL och Thesaurus-termer för sökning i PsychINFO. Mesh-termer som användes i PubMed var [Refugees], [Undocumented Immigrants], [Stress Disorders, Post-traumatic], [Depression], [Depressive Disorders] och [Adaptation, Psychological]. Under Mesh-termen [Adaptation, Psychological] låg copingstrategier som underrubrik i hierarkin. I PubMed användes även begreppet Asylum Seekers för sökning i fritext. CINAHL-headings som användes i CINAHL var [Refugees], [Immigrants, Illegal], [Stress Disorders, Post-traumatic], [Depression], [Adaptation, psychological], [Coping] och [Social Adjustment]. Ord som söktes i fritext var Asylum Seekers och Post traumatic stress disorder. Thesaurus-termer som användes i PsychINFO var [Refugees], [Asylum Seeking], [Posttraumatic Stress Disorders], [Major Depression] och [Coping Behaviour]. I PsychINFO användes även Immigrants, Illegal i fritext. De booleska sökoperatorerna AND och OR som finns beskrivna i Kristensson (2014) användes vid kombination av sökord. Samtliga genomförda sökningar skrevs in i ett sökschema. De sökord som resulterade i träffar på studier som inkluderades i resultatet finns presenterade i sökschemat nedan.

Sökschema

#	Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
1	CINAHL	[Refugees] OR [Immigrants, Illegal] OR Asylum Seekers	5461				
2	CINAHL	[Stress Disorders, Post-Traumatic] OR Post traumatic stress disorders OR [Depression]	90660				
3	CINAHL	#1 AND #2 AND [Adaptation, psychological]	42	28	17	1	1
4	CINAHL	#1 AND #2 AND [Coping]	30	16	12	4	4
5	PubMed	[Refugees] OR [Immigrants, Illegal] OR Asylum Seekers	9778				
6	PubMed	[Stress Disorders, Post-Traumatic] OR [Depression] OR [Depressive Disorder]	194874				
7	PubMed	#5 AND #6 AND [Adaptation, psychological]	78	62	4*	2	2
8	Psych- INFO	[Refugees] OR Undocumented Immigrants OR [Asylum Seeking]	5641				
9	Psych- INFO	[Stress Disorders, Post-Traumatic] OR [Major Depression]	126 332				
10	Psych-INFO	#8 AND #9 AND [Coping Behaviour]	17	15	4**	1	1

Dubbletter mellan databaser ej medräknade: *n=1, **n=2

Genomförande av datainsamling

Efter genomförd sökning lästes samtliga titlar för att göra ett första urval. I detta urval gjordes exklusion utifrån ovan beskrivna avgränsningar. Artiklarna till de titlar som ansågs relevanta lästes vidare utifrån abstrakt (n=121). Ett vidare urval genomfördes genom läsning av de utvalda artiklarna utifrån abstrakt i fulltext (n=37) för att identifiera studier som svarade på syftet. Denna läsning identifierade de åtta artiklar som senare inkluderades i resultatet och därmed genomgick granskning utifrån granskningsmall presenterad i Willman et al. (2011). En artikel var av kvalitativ metod och granskades med kvalitativ granskningsmall (bilaga 1). En artikel var av mixed-method och då denna artikel utmynnade i kvantitativ data användes samma granskningsmall som för resterande studier som var av kvantitativ metod. Den mall som användes som underlag vid granskning av dessa artiklar var en modifierad version av den mall som Willman et al. (2011) har beskrivit för kvantitativa studier (bilaga 2).

Utifrån granskningsmallarna bedömdes artiklarna ha låg, medel eller hög kvalitet. Den kvalitativa granskningsmallen bestod av 14 kriterier och den modifierade mallen för kvantitativa studier bestod av 10 kriterier. Varje kriterium motsvarade ett poäng vid ja och noll poäng vid nej som svar utifrån granskningsmallen. Poängsatserna räknades om i procent och detta värde genererade låg, medel eller hög gradering. Låg gradering ansågs föreligga då mindre än hälften av kriterierna kunde uppfyllas i granskad studie och procentsats för låg kvalitet var således <50 %. Medel kvalitet ansågs föreligga vid 50-80 % och hög kvalitet >80 %. Samtliga åtta artiklar hade medel till hög kvalitet och inkluderades därmed i resultatet. För att säkerställa att sökningen varit tillräcklig i omfattning gjordes en manuell sökning i form av så kallad snowballing som enligt Kristensson (2014) innebär sökningar efter ytterligare litteratur med hjälp av andra studiers referenslistor. Samtliga inkluderade artiklar genomsöktes manuellt med denna metod men inga ytterligare artiklar kunde identifieras förutom de som redan inkluderats genom sökning i databaserna. Studier som ej var granskade av etisk kommitté inkluderades trots detta på grund av att ett etiskt resonemang fördes i studierna samt i övrigt god kvalitet utifrån granskningsmallen.

Genomförande av databearbetning

För att sammanställa resultaten av studien utfördes en integrerad analys. De artiklar som valts ut för analys lästes igenom och tolkades för att identifiera gemensamma begrepp som

sammanställdes och kategoriserades i enighet med Kristenssons (2014) beskrivning av integrerad analys. Det första steget bestod därmed av genomläsning av de åtta artiklar som avsågs inkluderas i resultatet. Detta steg syftade till att identifiera likheter samt skillnader som ansågs som genomgående i det utvalda materialet. Detta genomfördes genom att först sammanställa varje studies resultat enskilt och sedan utifrån dessa sammanställningar se samband eller skillnader mellan alla åtta inkluderade studier. I följande steg gick analysen in i en djupare fas i syfte att urskilja kategorier. I steg två var därmed syftet istället att identifiera begrepp som kunde sammanfatta resultaten och via begreppen relatera dessa till varandra. Det tredje och sista steget bestod av en slutgiltig sammanställning. I denna sammanställning presenterades resultatet utifrån de kategorier som identifierades i steg två. Steg tre utmynnade i fyra kategorier som presenteras i resultatet.

Forskningsetiska avvägningar

Forskningsetiskt ställningstagande krävs för att säkerställa att genomförd studie är etiskt korrekt då en litteraturstudie har etiska krav trots att ny data inte samlas in. En litteraturstudie bör därför säkerhetsställa att den litteratur som inkluderats är etiskt försvarbar (Kristensson, 2016). En del av förhållningssättet innebar således att författarnas personliga värderingar ej speglades i studien. Etiska avvägningar genomfördes även genom Willman et al. (2016) granskningsmall för vetenskapliga artiklar som berörde studiernas valda etiska ställningstaganden. De inkluderade studierna som ej var granskade av etisk kommitté inkluderades trots avsaknad av detta på grund av att ett etiskt resonemang likväl fördes. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskrivs även att det ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde att underlätta insatser som gynnar patienternas hälsa och sociala behov. Detta gäller framförallt de grupper som kan anses som sårbara (Svensk sjuksköterskeförening, 2014a). Socialstyrelsen (2015) framhåller att flyktingar är en sårbar grupp vilket beaktades i studien.

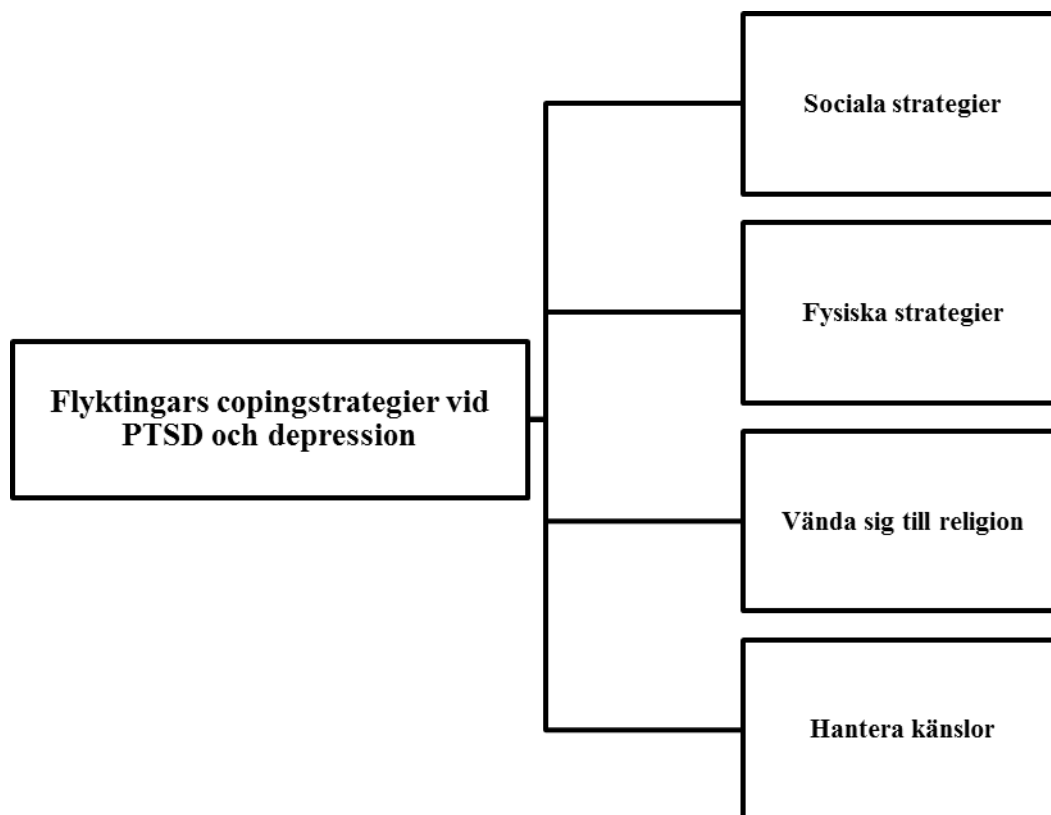
Resultat

Datainsamlingen utmynnade i åtta artiklar. Fyra studier var gjorda i USA, en i Storbritannien, en i Israel och en i Nederländerna. Den återstående studien var en multicenterstudie som var utförd i Bosnien-Hercegovina, Kroatien, Serbien, Italien, Tyskland och Storbritannien

(Ajdukovic et al., 2013). En artikel var av kvalitativ metod (Ajdukovic et al., 2013), en av mixed-method (Bernardes, Wright, Edwards, Tomkins, & Dlfoz, 2010) och resterande av kvantitativ metod (Ai, Tice, Huang, & Ishisaka, 2005; Bentley, Ahmad, & Thoburn, 2014; Finklestein, Laufer, & Solomon, 2012; Halcón et al., 2004; Huijts, Kleijn, van Emmerik, Noordhof, & Smith, 2012; Leaman & Gee, 2012). I samtliga artiklar utom en (Leaman & Gee, 2012) var männen överrepresenterade i urvalet. Det totala antalet deltagare i de inkluderade artiklarna som har studerats i denna litteraturstudie är 1551 stycken.

Resultaten från de åtta inkluderade studierna utmynnade i fyra huvudkategorier utifrån vilka copingstrategier som deltagarna använde sig av; *att använda sociala strategier, att använda fysiska strategier, att vända sig till religion och att hantera känslor*. Kategorierna samt vad dessa innehåller finns presenterade i modellen nedan.

Modell 1



Att använda sociala strategier

För att hantera sitt sjukdomstillstånd använde sig flyktingarna av sociala strategier i fem av de inkluderade studierna som alla berörde posttraumatiska stressymtom. Dessa sociala strategier bestod av socialt stöd, social sammankomst och att samspråka med andra (Ajdukovic et al., 2013; Bernardes et al., 2010; Finklestein et al., 2012; Halcón et al., 2004; Huijts et al., 2012). I studien utförd av Huijts et al. (2012) inkluderades 335 traumatiserade flyktingar som flytt från 38 olika länder i mellanöstern, forna Jugoslavien och andra regioner i Asien, Afrika och Sydamerika. Deltagarna var mellan 21-64 år och studerades med en kvantitativ metod i form av enkäter som undersökte förekomst av PTSD, copingstrategier och livskvalité. Deltagarna var inskrivna på en klinik för posttraumatiska besvär och uppgav att de ägnade sig åt sociala copingstrategier. Den sociala strategi som flyktingarna använde sig av var att be om socialt stöd (eng. social support seeking) och identifierades som den näst mest frekventa copingstrategin. Att be om socialt stöd inkluderade både önskat stöd på det känslomässiga planet samt mer socialt stöd i en fysisk kontext (a.a.).

Även en studie av Finkelstein et al. (2012) identifierade sociala copingstrategier där denna strategi innefattade att be om socialt stöd och som var en av de mest använda strategierna. Deltagarna bestod av 478 etiopiska flyktingar i Israel i åldrarna 30-50 år. I denna studie undersöktes relationen mellan PTSD och copingstrategier men även mellan PTSD och dissociering. Dissociering definierades i studien som avskärmande från tankar och känslor som ett försvar mot traumatiska upplevelser. Förutom att be om socialt stöd visade även resultatet är social sammankomst (eng. social joining) också användes och var en av de mest använda copingstrategierna (a.a.)

I en studie av Bernardes et al. (2010) kunde även här strategier i en social benämning identifieras. Datan samlades in genom kvantitativ och kvalitativ metod, en så kallad mixed-method design från totalt 29 stycken asylsökande i åldrarna 18-65 år. Deltagarna kom från 13 olika länder; Iran, Zimbabwe, Afghanistan, Irak, Sri Lanka, Eritrea, Etiopien, Guinea, Marocko, Cabinda, Sudan, Kuwait och Turkiet. Åtta stycken valde att delta i den kvalitativa datainsamlingen i form av djupgående intervjuer. Deltagarna led av hög psykologisk påfrestning och PTSD var markant förekommande. De mest förekommande traumatiska upplevelserna var att deltagarna hade utsatts för övergrepp, tillfångatagande och tortyr. Resultatet visade att det mest betydelsefulla som flyktingarna upplevde i hanteringen av deras

PTSD var att ha en social tillhörighet samt att använda copingstrategier. Av de åtta som deltog i intervjuerna använde sig sju av copingstrategier. I denna adaptation identifierades sociala copingstrategier såsom att samspråka med andra men också att ta hjälp av socialt stöd. Det sociala stödet sågs som den bästa strategin för att hantera sin mentala hälsa. Stödet kunde uppnås genom att prata med andra som befann sig i samma situation enligt majoriteten av de intervjuade asylsökande. Fyra stycken av de asylsökande ansåg dock att genom att prata med andra om deras upplevelser ökade detta istället deras ångest eftersom det framkallade dåliga minnen (a.a.).

I studien av Ajdukovic et al. (2013) där flyktingar i olika länder undersöktes framkom även hos dessa deltagare att det var till stort stöd när traumatiska erfarenheter delades med andra. I denna studie användes en kvalitativ design och bestod av djupgående intervjuer med 43 flyktingar i åldern 27-57 år som flytt från krig i forna Jugoslavien. Deltagarna var flyktingar som hade pågående posttraumatiska stressymtom samt flyktingar som tillfrisknat från PTSD. Flyktingarna uppgav att faktorer som främst var till hjälp för dem att hantera sin sjukdom var att knyta kontakt med andra personer som kunde vara familjemedlemmar, vänner, informella nätverk eller personliga relationer med vårdpersonal. Bland de copingstrategier som presenterades i studien fanns även denna sociala kontext presenterad. Deltagarna upplevde att genom att dela med sig av sina traumatiska upplevelser med andra fick känslorna möjlighet att uttrycka sig. Att prata med någon som var villig att lyssna sågs som en bra strategi för att hantera tankarna istället för att fly ifrån dem. Att socialisera sig allmänt med andra sågs också som positivt i deras tillfrisknande. Det framkom dock även i denna studie att några av deltagarna upplevde att genom att prata med andra om sina erfarenheter förorsakade negativa känslor snarare än att generera positiva följder (a.a.).

I studien av Halcón et al. (2004) som även här visade på sociala copingstrategier i form av att samspråka med andra var studerad utifrån 338 deltagare. Deltagarna var unga flyktingar mellan 18-25 år från Somalia. Studien som utfördes hade en kvantitativ metod där enkäter användes för att mäta posttraumatiska stressymtom, demografi och upplevda problem i relation till deras livssituation. Vid stor omfattning av upplevda trauman sågs detta höra samman med måttliga till kraftiga posttraumatiska stressymtom. Vid jämförelse i studien av copingstrategier vid nedstämdhet skiljde sig detta åt mellan de kvinnliga och manliga deltagarna. Vid nedstämdhet pratade kvinnorna om sina problem med andra medan männen

främst använde fysiska strategier i form av motion (a.a.). Männens strategier tillhör därmed istället kategorin att använda fysiska strategier.

Att använda fysiska strategier

Tre av studierna identifierade copingstrategier som bestod av fysiska strategier som även dessa studier berörde posttraumatiska stressymtom. Dessa strategier innefattade motion, medicinering, alkohol, mer sömn, läsning, delta i meningsfulla aktiviteter och att befinna sig i lugna miljöer (Ajdukovic et al., 2013; Bernardes et al., 2010; Halcón et al., 2004). I studien av Bernardes et al. (2010) bestod den kvalitativa delen av djupgående intervjuer och visade på deltagarnas upplevda svårigheter av asylprocessen och deras erfarenheter av social hjälp och den vård de erhölet. Av alla deltagare valde åtta att vara med i intervjuerna. Förutom att undersöka deltagarnas upplevda svårigheter och erfarenheter identifierade de djupgående intervjuerna också hur deltagarna hanterade sina mentala behov. I denna hantering använde sig de asylsökande av olika strategier, däribland fysiska sådana. Dessa fysiska strategier bestod av exempelvis promenader och yoga. Av de sju deltagare som uttryckte copingstrategier beskrev två att deras fysiska och psykiska ohälsotillstånd var hinder för att de skulle kunna utföra copingstrategier av fysisk karaktär. En annan copingstrategi som framkom hos dessa sju deltagare var medicinering och hos två av deltagarna var en strategi även att konsumera alkohol (a.a.).

I studien av Halcón et al. (2004) som inkluderade unga flyktingar från Somalia identifierades fysiska copingstrategier som användes av deltagarna när de kände sig nedstämda. Dessa strategier bestod av mer sömn och att ägna sig åt läsning. Dock skiljde sig copingstrategierna åt vid nedstämdhet mellan män och kvinnor, som tidigare beskrivits. Resultatet visade att vid nedstämdhet var det främst männen som använde fysiska strategier i form av motion medan kvinnorna istället pratade om sina problem (a.a.). Kvinnornas strategier tillhör därmed istället kategorin att använda sociala strategier.

I Ajdukovic et al. (2013) studie gjord på flyktingar som flytt från forna Jugoslavien sågs fysisk aktivitet som den mest användbara copingstrategin. Att aktivera sig hjälpte flyktingarna att distrahera sig från de jobbiga upplevelsorna genom att fokus låg på något som aktivt utfördes. Att vara delaktig i meningsfulla aktiviteter ökade flyktingarnas självkänsla och gav en känsla av betydelsefullhet och identifikation. En meningsfull aktivitet som medförde detta

var att ha ett jobb att utföra eftersom det framkallade en känsla av värdefullhet. Att befinna sig i lugna miljöer såsom skogsmiljö och parker användes också som fysisk strategi av deltagarna för att skapa ett inre lugn (a.a.).

Att vända sig till religion

Fem av artiklarna beskrev att flyktingar använde religion som strategi för att hantera sin situation. Dessa copingstrategier inkluderade att be enskild bön, delta i gudstjänster eller andra religiösa aktiviteter tillsammans med andra religionsutövare, meditera och läsa religiösa texter (Ai et al., 2005; Bentley et al., 2014; Bernardes et al., 2010; Halcón et al., 2004; Leaman & Gee, 2012). I studierna utförda av Ai et al. (2005) och Leaman & Gee (2012) berörde resultatet både flyktingar med PTSD och depression. Resterande studier (Bentley et al., 2014; Bernardes et al., 2010; Halcón et al., 2004) presenterade copingstrategier utifrån enbart PTSD.

I en studie av Ai et al. (2005) undersöktes hur flyktingar från Kosovo och Bosnien som bosatt sig i USA reagerade utifrån deras religiositet med påverkan från deras traumatiska upplevelser samt vilka copingmönster som förekom. I studien inkluderades 138 flyktingar i åldrarna 18-79 år varav majoriteten var muslimer och av albansk etnicitet. Studien genomfördes med kvantitativ metod genom att deltagarna fyllde i enkäter som berörde flyktingarnas posttraumatiska stressymtom, deras religiösa copingstrategier samt vilka traumatiska händelser de upplevt. Resultatet visade att flyktingarna som inkluderades i studien var svårt traumatiserade med hög förekomst av PTSD och depression och cirka två tredjedelar använde sig av bön som copingstrategi för att hantera svåra situationer efter kriget. Det främsta innehållet i flyktingarnas bön var att be om att få sina behov tillgodosedda samt att önska att deras fiender ska få betala för det som de har gjort. Andra viktiga beståndsdelar i deras bön var att be bön som fanns memorerad sedan tidigare samt att ha konversationer med Gud. I studien identifierades även positiva och negativa copingstrategier i förhållande till innehållet i deltagarnas bön. Den mest förekommande positiva copingstrategin var att be Gud om hjälp att få sin önskan uppfylld samt att söka Guds kärlek och omtanke. Andra positiva copingstrategier som flyktingarna använde var att tänka att Gud ville stärka dem och att be Gud om förlåtelse för sina synder. Gällande negativ coping var det mest förekommande att uppleva att Gud hade lämnat dem samt att deltagarna undrade vad de hade gjort för att bli straffade. Deltagarna ifrågasatte även Guds kärlek och upplevde att de blev straffade för att de

inte varit tillräckligt hängivna åt sin religion. Positiv religiös coping var betydligt mer förekommande än negativ religiös coping. I studien sågs även samband mellan de olika copingstrategierna och förekomst av trauma och religiositet. Hög förekomst av trauma kunde relateras till negativ coping och hög grad av religiositet var direkt associerat med positiv coping (a.a.).

En annan studie där deltagarna vände sig till religion visades i resultatet av Leaman och Gee (2012) studie som undersökte religiösa copingstrategier och psykisk ohälsa hos afrikanska flyktingar som varit utsatta för tortyr. Studien genomfördes med självskattningsformulär avseende demografi, förekomst av tortyr, religiösa copingstrategier, depressiva- samt posttraumatiska stressymtom. Deltagarna var 131 afrikanska flyktingar i åldrarna 18-62 år där majoriteten led av depression och mer än hälften hade PTSD. Resultatet visade att flyktingarna var svårt traumatiserade med hög förekomst av fysisk tortyr. Även sexuell tortyr, främst våldtäkt, uppgavs vilket var mer förekommande hos kvinnor än män. Angående religionstillhörighet var majoriteten av deltagarna kristna och en mindre del var muslimer. Religiös coping var vanligt förekommande hos deltagarna men de religiösa strategierna som de använde sig av varierade. Majoriteten uppgav att de hade deltagit i minst en gudstjänst eller motsvarande under den senaste månaden. En tredjedel uppgav att de inte deltog i religiösa aktiviteter förutom att gå till kyrkan eller moskén. Vid privat religiös aktivitet var bön vanligast och majoriteten av deltagarna ägnade sig åt detta flera gånger per dag. Deltagare mediterade också dagligen eller läste religiösa texter. Studien undersökte även negativ och positiv religiös coping och fann att deltagare med hög förekomst av depression eller PTSD oftare använde sig av negativ coping. Deltagare som ägnade sig åt privat religiös aktivitet använde sig oftare av positiv coping (a.a.).

Bentley et al. (2014) kvantitativa studie har analyserat hur religion kan påverka posttraumatiska stressymtom hos östafrikanska muslimska flyktingar. I studien deltog 59 flyktingar som bosatt sig i USA där medelåldern av deltagarna var 39,4 år. Studien fokuserade på organiserad religiös aktivitet, icke-religiös aktivitet och inre religiositet och hur dessa kunde hjälpa flyktingarna att hantera sina traumatiska upplevelser. Data samlades in med hjälp av instrument som bedömde förekomst av trauma och PTSD samt religiös aktivitet. Organiserad religiös aktivitet syftade bland annat på hur ofta deltagarna gick till moskén eller deltog i andra religiösa aktiviteter. Den icke-religiösa aktiviteten avsåg hur ofta deltagarna exempelvis utövade bön eller läste koranen. Inre religiositet avsåg hur närvarande religionen

var i deltagarnas liv. Resultatet visade att nästan hälften av deltagarna hade utsatts för mer än en typ av trauma. Studien kunde även visa att då flyktingarna vände sig till religion genom organiserad religiös aktivitet hade detta en signifikant påverkan på relationen mellan traumatiska upplevelser och posttraumatisk stress. Detta genom att vid hög förekomst av organiserad religiös aktivitet minskade detta posttraumatiska stressymtom, dock gällde detta endast då traumatiseringen var låg (a.a.).

Även Halcón et al. (2004) och Bernardes et al. (2014) studier visade att flyktingar och asylsökande som deltog använde sig av religiösa copingstrategier. Religiös coping förekom enligt Halcón et al. (2004) hos unga flyktingar från Somalia. I denna studie använde sig deltagarna av religiös coping genom bön vid ledsamhet. Detta sätt att hantera svåra känslor var mer förekommande än övriga copingstrategier identifierade i studien. Majoriteten av flyktingarna uppgav att deras religiösa tro var högt bestående efter deras flykt (a.a.). I studien av Bernardes et al. (2010) undersöktes asylsökandes psykiska hälsa och metoder att hantera psykiska behov där även i detta resultat framkom religiösa eller spirituella copingstrategier. De sju deltagarna som använde sig av copingstrategier uppgav samtliga att för att hantera sin psykiska hälsa användes spirituella strategier samt meditation (a.a.).

Att hantera känslor

I tre av studierna använde sig deltagarna av strategier som syftade till att direkt hantera upplevda känslor. Dessa strategier bestod av att ta en paus, uttrycka sina känslor, använda positiva minnen och undvika känslor (Ajdukovic et al., 2013; Finklestein et al., 2012; Huijts et al., 2012). I Ajdukovic et al. (2013) studie var det viktigt för flyktingarna som flytt från forna Jugoslavien att kunna acceptera sin situation och att lära sig hantera sina upplevelser för att kunna tillfriskna. Vid situationer där känslorna tog över hanterade flyktingarna detta med att ta en paus från situationen som triggade igång känslorna. Deltagarna ansåg att detta var en väl användbar copingstrategi för att kunna reglera sina känslor och kontrollera sitt beteende. En annan strategi som användes för att hantera känslor var att dela upplevelser med andra vilket gav flyktingarna möjlighet att uttrycka känslor. Enligt flyktingarna var detta en bra strategi för att hantera sina problem istället för att fly ifrån dem. Deltagarna uppgav även att de använde positiva minnen från tiden innan kriget för att känna positiva emotioner och stärka det egna jaget. Dessa positiva minnen användes också för att ge hopp om en ljusare framtid vilket gjorde att det var lättare att hantera posttraumatiska stressymtom (a.a.).

I studien av Huijts et al. (2012) som inkluderade flyktingar med PTSD som bosatt sig i Nederländerna uppgav deltagarna att de använde sig av känslomässig coping. Detta innebar att de hanterade tankar och känslor som kunde relateras till de traumatiska händelserna. I studien sågs att denna typ av copingstrategi ledde till att flyktingarna upplevde en högre livskvalité. En annan strategi som deltagarna använde sig av i känslohanteringen var undvikande. Denna strategi var den enda som kunde associeras direkt till PTSD (a.a.). Även Finkelstein et al. (2012) beskrev undvikande copingstrategier i resultatet. Studien undersökte etiopiska flyktingar i Israel och visade en direkt association mellan undvikande och PTSD oberoende av vilka traumatiska händelser deltagarna upplevt eller vilken flyktingström som de kommit med. Resultatet visade dock att undvikande var den minst använda copingstrategin och att sociala strategier var mer förekommande (a.a.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Denna studie genomfördes som en litteraturstudie. Valet att genomföra en litteraturstudie var grundat i upplevt behov av kunskapssammanställning av området för att i framtiden kunna gå vidare med ytterligare studier som ökar kunskapsgraden. En integrerad analys användes i studien då metoden medför en presentation av resultatet på ett överskådligt sätt i enighet med Kristenssons (2014) beskrivning av denna analysmetod.

Sökstrategin innehöll både termer i fritext och indexerade termer. Populationen bestod av flyktingar, asylsökande och papperslösa men då asylsökande ej fanns som indexerad term i PubMed samt CINAHL användes begreppet i fritext. Detta kan ses som en svaghet eftersom indexord enligt Kristensson (2014) kan göra att sökningen blir mer specifik. I PsychINFO fanns inte begreppet papperslösa som term och samma svaghet kan ses i detta avseende. Sökning i fritext kan dock enligt Kristensson (2014) vara en fördel då det genererar många artiklar, men störst fördel ges av indexerade söktermer vilket är en styrka i denna studiens litteratursökning eftersom majoriteten bestod av dessa.

Sökningarna avgränsades till att omfatta artiklar skrivna de senaste 15 åren. En svaghet kunde identifieras i detta avseende då studier vilka var skrivna före år 2001 blev exkluderade och

möjliga artiklar gjorda innan dess ej beaktades. Valet till denna avgränsning grundade sig dock i att hålla sökningen så aktuell som möjligt för att kunna identifiera aktuella kliniska implikationer. Enligt Forsberg och Wengström (2016) är forskning en färskvara vilket kan ses som en styrka i denna litteraturstudie eftersom sex av åtta artiklar är skrivna inom de senaste sex åren. En styrka är också att samtliga inkluderade artiklar i studien hade medel till hög kvalitet. Granskningsmallen för kvantitativa studier modifierades dock för att anpassas till valda kvantitativa artiklar. Det finns en risk att modifieringen minskade validiteten av Willman och Stoltz (2011) granskningsmall i detta steg. Styrkan i granskningen är istället att samtliga artiklar granskades av studiens båda författare.

Genom litteratursökningen framkom åtta artiklar som ansågs svara på studiens syfte. Trots en litteratursökning i olika databaser med olika söktermer kunde endast åtta artiklar identifieras som svarade på studiens syfte samtidigt som dessa var av god kvalitet. Sökningen utmynnade därmed i ett litet urval som medför att en generalisering är svår att göra, dock är styrkan i detta urval de utvalda artiklarnas medel till höga kvalitet utifrån valt granskningsprotokoll samt antalet studerade deltagare (n=1551).

I de inkluderade studierna var majoriteten av deltagarna män i alla artiklar utom en (Leaman & Gee, 2012). Detta kan innebära att de copingstrategier som framkommit främst används av män och att kvinnliga flyktingars sätt att hantera psykisk ohälsa är underrepresenterat. I studiernas datainsamling kan även metoderna som använts ha påverkan på resultatet. I de inkluderade artiklarna användes olika metoder för att samla in data. I de studier där deltagarna självständigt fyllt i enkäter finns en risk att deltagarnas tolkning av enkäterna har påverkat resultatens utfall. I studier där instrumenten muntligt presenterats för deltagarna kan flyktingarna påverkats av att undersökningsledarna var närvarande och resultatet kan därmed ha blivit annorlunda än om deltagarna hade fyllt i enkäterna självständigt. Resultaten kan även ha påverkats av att deltagarna i några av de inkluderade studierna hade flytt från olika länder och i vilket land de påbörjat sin flyktingprocess. Påverkan kan även ha framkommit på grund av olika traumatiska upplevelser samt att deltagarna var i olika steg i flyktingprocessen då studien av Bernardes et al. (2010) inkluderade asylsökande till skillnad från övriga studier som inkluderade flyktingar vilket även kan påverka denna litteraturstudies möjligheter till generalisering. I studierna fanns inte PTSD och depression representerade i samtliga av de inkluderade studierna samt i några av studierna hade inte varje deltagare uppnådd kriterier

för diagnosen PTSD eller depression vilket måste beaktas vid eventuell generalisering av resultaten till andra populationer.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att belysa flyktingars copingstrategier vid PTSD och depression. Den integrerade analysen utmynnade i fyra olika kategorier av copingstrategier; att använda sociala strategier, att använda fysiska strategier, att vända sig till religion och att hantera känslor. De inkluderade studiernas deltagare bestod av flyktingar som flytt från olika områden och som led av PTSD och/eller depression. Resultatet visade hur dessa personer hanterar sin psykiska ohälsa i relation till de traumatiska upplevelser de erfarit och deras nuvarande situation.

Att använda sociala strategier

En av kategorierna som framkom i resultatet var att använda sociala copingstrategier. Denna kategori innefattade olika strategier såsom att be om socialt stöd, prata med andra om sina erfarenheter och att delta i sociala kontexter. Denna kategori som framkom i resultatet skulle kunna tyda på att det finns ett behov av socialt stöd för denna patientgrupp. Enligt Roy och Roberts (1981) anses människan som ett system där adaptationen påverkas av omgivningen och presenteras således även i denna teori påverka individen. Enligt Roys adaptationsteori påverkar omgivningen hur människan utvecklas och betar sig (a.a.) och den omgivande miljön kan alltså ses som en viktig faktor för hur det sociala stödet kommer att yttra sig. Ett socialt stöd har även visat på positiva effekter hos manliga veteraner i USA inskrivna för rehabilitering av PTSD i en studie av Jain, McLean, Adler och Rosen (2016). I denna studie fick veteranerna stöd från andra traumatiserade veteraner vilket i studiens resultat presenterades som det mest betydelsefulla stödet. Stöd från veteraner som befann sig längre fram i rehabiliteringen samt från vårdpersonal var även stödjande funktioner och kunde även associeras med minskande grad av PTSD (a.a.).

Att använda fysiska strategier

Resultatet visade också att deltagarna använde fysiska copingstrategier. Denna adaptation bestod av kroppsliga aktiviteter men även av strategier såsom att sova och läsa samt att

befinna sig i en lugn omgivning. De studerade deltagarna ansåg att sådan aktivitet hjälpte deras adaptation, dock presenterades de olika strategierna enbart i vars en studie. Forskning har visat att sjuksköterskan är positiv till att främja fysisk aktivitet hos patienter. I en studie av Stanton, Reaburn och Happell (2015) undersöktes sjuksköterskors attityd angående att förskriva fysisk aktivitet till patienter som drabbats av psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna var positiva i sin attityd och såg fler möjligheter än hinder i att aktivera patienter som drabbats av psykisk ohälsa trots förutfattade meningar som presenterades i studien. I Roys adaptationsteori (Roy & Roberts, 1981) är en persons adaptationsnivå beroende av hur svår personen upplever sin situation. Nivån är även beroende av hur personens tillstånd är ur ett fysiskt perspektiv (a.a.).

Att vända sig till religion

I resultatet kunde copingstrategier som inkluderade att vända sig till religion identifieras. Dessa strategier bestod framför allt av att be enskild bön men även att tillsammans med andra religionsutövare delta i gudstjänster och andra religiösa aktiviteter. Liknande resultat har framkommit i en översiktsstudie av Adedoyin et al. (2016) som undersökte vilken roll religiösa copingstrategier hade för att hantera psykisk ohälsa och främst PTSD hos afrikanska flyktingar. Även denna studies resultat visade att privat religiös aktivitet var en copingstrategi som flyktingarna använde för att hantera och komma över sina traumatiska upplevelser. Genomgående i översiktsstudien visade resultatet att religion var en viktig copingstrategi som afrikanska flyktingar ofta använde sig av för att hantera psykisk ohälsa (a.a.).

Tre av artiklarna som presenterades under kategorin att vända sig till religion (Ai et al., 2005; Bentley et al., 2014; Leaman & Gee, 2012) hade som utgångspunkt att undersöka om religiösa copingstrategier förekom och vilka dessa strategier var. I dessa artiklar kan dock finnas en möjlighet att religionen fyllde en social funktion i deltagarnas liv och att religionen på så sätt kan ses som en social copingstrategi då några av strategierna innebar att delta i religiösa aktiviteter tillsammans med andra. Detta är dock inte presenterat i studiernas resultat. Dock beskriver Tamm (2012) Antonovskys modell känsla av sammanhang (KASAM) som kan styrka detta resonemang. Denna modell berör hanterbarhet vilket innebär de resurser som människan upplever ha för att möta krav som individen ställs inför i olika situationer. Dessa resurser kan finnas hos personen själv eller tillgodoses av andra, exempelvis närstående och vänner men även Gud (a.a.). Med bakgrund av denna modell

skulle därför religion kunna ses som en social copingstrategi på grund av att Gud ses som en utomstående resurs för människan och medför en ökad känsla av sammanhang.

Att hantera känslor

I resultatet visades också att flyktingar använde sig av copingstrategier för att hantera känslor. Dessa strategier bestod av att ta en paus, dela upplevelser med andra och att fokusera på positiva minnen från innan krigstiden. Känslomässig coping medförde att flyktingarna upplevde en högre livskvalité. Känslomässiga processer beskrivs i Roys adaptionsteori (Andrews & Roy, 1986; Hellberg, 1993) som inkluderat i kognatorsystem. Med kognatorsystem menas den anpassning som individen använder sig av genom kognitiva och känslomässiga processer (a.a.). I en studie av Haron och Tran (2014) förväntade sig patienter från en psykiatrisk vårdenhet känslomässigt stöd från sjuksköterskor då det sågs som en del av omvårdnaden. Detta känslomässiga stöd förväntades i omvårdnaden före och efter känsloutbrott (a.a.) vilket medför att sjuksköterskor skulle kunna vara delaktiga i denna anpassning. Enligt Hellberg (1993) som beskriver Roys adaptionsteori ska sjuksköterskan kunna identifiera den adaptionsnivå som individen befinner sig på och främja denna anpassning.

I flyktingarnas hantering av känslor framkom att copingstrategin *undvikande* användes och kunde associeras direkt till PTSD. I symtombilden för PTSD ingår i Michel et al. (2010) beskrivning av tillståndet undvikande som en del av den kliniska bilden. Symtomet uppträder genom att personen undviker sådant som påminner om traumat och som därmed skapar kopplingar till händelsen (a.a.). Det skulle därför kunna finnas en möjlighet att undvikande i själva verket är en copingstrategi som speglar symtombilden av PTSD snarare än att det är en strategi som främjar anpassningen. Även i studierna som identifierade denna copingstrategi nämns att associationen mellan PTSD och undvikande bör tas med varsamhet på grund av samma resonemang.

Slutsats och kliniska implikationer

Denna litteraturstudie visar att flyktingar med PTSD och depression kan använda sig av följande copingstrategier för att hantera sin sjukdomssituation; att använda sociala strategier,

att använda fysiska strategier, att vända sig till religion och att hantera känslor. Resultatet visar hur flyktingar som flytt från olika områden i världen hanterar sin psykiska ohälsa i relation till traumatiska upplevelser samt deras nuvarande situation.

Enligt Socialstyrelsen (2016b) finns ett fortsatt stort behov av vård och stöd till flyktingar som kommer till Sverige och en stor andel av dessa personer lider av psykisk ohälsa. Den psykiska ohälsan och behovet av psykiatrisk vård beräknas att öka över tid och flyktingarna har ett samtidigt behov av somatisk vård på olika vårdnivåer (a.a.). Sjuksköterskor kommer därmed att träffa dessa patienter inom olika verksamheter genom hela vårdkedjan. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskrivs att det ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde att åtgärder sätts in för att bemöta svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2014a) och Socialstyrelsen (2015) definierar flyktingar som en sådan utsatt grupp. Med anledning av flyktingars upplevda stöd genom exempelvis sociala aktiviteter som har framkommit i denna litteraturstudie skulle sjuksköterskan genom sin yrkesroll kunna ha en stödjande funktion i flyktingarnas hantering av psykisk ohälsa. Även Roys adaptationsteori för omvårdnad visar enligt Hellberg (1993) att sjuksköterskan har ansvar för att hjälpa patienten att interagera med omgivningen samt att stödja adaptation för att främja hälsa.

Genom att veta vilka copingstrategier som flyktingar med PTSD och depression använder sig av kan sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete stödja patienten i att hitta och använda hjälpsamma strategier. Detta kan till exempel ske genom att stötta patienten i att knyta sociala kontakter, uppmuntra patienten att använda fysiska strategier, möjliggöra att patienten ostört kan utöva sin religion och få stöd i att bearbeta känslor. Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att en av sjuksköterskans kärnkompetenser är att arbeta personcentrerat. Inom en personcentrerad vård antas ett holistiskt synsätt där hela personen och dennes nära omgivning sätts i fokus. Utifrån detta ska fysiska behov tillgodoses men även de sociala, psykiska, existentiella och andliga behov som patienten kan ha (a.a.). Resultatet i denna litteraturstudie visar att flyktingar använder sig av copingstrategier inom alla dessa områden och det är därmed av vikt för sjuksköterskan att arbeta personcentrerat i omvårdnadsarbetet med dessa patienter. Detta för att kunna stötta patienterna i att hitta och använda hjälpsamma copingstrategier.

Med kunskap om vilka strategier som kan vara användbara för den här gruppen kan sjuksköterskan dessutom hjälpa patienter att hitta nya sätt att hantera sin situation och vara ett

stöd för flyktingar att använda sina sociala, fysiska, religiösa och känslomässiga strategier. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008) kan sjuksköterskan genom att stödja patientens egna resurser och hjälpa patienten att hitta egna sätt att hantera sin sjukdom främja patientens hälsa. Samtidigt visar sjuksköterskan att hon tror på patientens förmåga att kunna hantera sin situation (a.a.). Det finns dock ett behov av vidare forskning för att i större utsträckning kunna se vilka copingstrategier som är aktuella för denna patientgrupp samt att över sikt kunna se hur strategierna kan hjälpa flyktingar med PTSD och depression att uppnå god psykisk hälsa och välbefinnande.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har genom hela processen arbetat tillsammans. Vid de fåtal tillfällen då arbetet har delats upp har arbetsfördelningen i de olika stegen varit jämn med båda av författarna representerade i varje del. Under hela arbetes gång har genomförandet av denna litteraturstudie skett under ett nära samarbete.

Referenser

Adedoyin, A. C., Bobbie, C., Griffin, M., Adedoyin, O. O., Ahmad, M., Nobles, C., et al. (2016). Religious coping strategies among traumatized African refugees in the United States: A systematic review. *Social Work & Christianity*, 43(1), 95-107.

*Ai, A. L., Tice, T. N., Huang, B., & Ishisaka, A. (2005). Wartime faith-based reactions among traumatized Kosovar and Bosnian refugees in the United States. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(4), 291-308.

*Ajdukovic, D., Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., et al. (2013). Recovery from posttraumatic stress symptoms: A qualitative study of attributions in survivors of war. *PloS One*, 8(8), 1-12.

Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., et al. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(1), 45-50.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andrews, H. A., & Roy, C. (1986). *Essentials of the Roy adaptation model*. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts.

Asgary, R., Charpentier, B., & Burnett, D. (2013). Socio-medical challenges of asylum seekers prior and after coming to the US. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 15(5), 961-968.

*Bentley, J., Ahmad, Z., & Thoburn, J. (2014). Religiosity and posttraumatic stress in a sample of east African refugees. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(2), 185-195.

Berman, A., Snyder, S., & Kozier, B. (2014). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (9. ed.). [S.l]: Pearson.

*Bernardes, D., Wright, J., Edwards, C., Tomkins, H., & Difo, D. (2010). Asylum seekers' perspectives on their mental health and views on health and social services: Contributions for service provision using a mixed-methods approach. *International Journal of Migration, Health & Social Care*, 6(4), 3-19.

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365 North American Edition 365 (9467), 1309-1314.

Feyera, F., Mihretie, G., Bedaso, A., Gedle, D., & Kumera, G. (2015). Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at Melkadida camp, southeast Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 15, 171.

*Finklestein, M., Laufer, A., & Solomon, Z. (2012). Coping strategies of Ethiopian immigrants in Israel: Association with PTSD and dissociation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(6), 490-498.

Foldemo, A. (2014). Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (s.369-382). Lund: Studentlitteratur.

Förenta Nationernas regionala informationskontor för Västeuropa [UNRIC]. (u.å.). *FN:s flyktingkommissarie (UNHCR)*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://www.unric.org/sv/component/content/article/16-humanitarian/25742-fns-flyktingkommissarie>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 utg.). Stockholm: Natur & kultur.

*Halcón, L. L., Robertson, C. L., Savik, K., Johnson, D. R., Spring, M. A., Butcher, J. N., et al. (2004). Trauma and coping in Somali and Oromo refugee youth. *Journal of Adolescent Health, 35*(1), 17-25.

Haron, Y., & Tran, D. (2014). Patients' perceptions of what makes a good doctor and nurse in an Israeli mental health hospital. *Issues in Mental Health Nursing, 35*(9), 672-679.

Hellberg, M. (1993). *Callista Roys omvårdnadsmodell: En beskrivning och några tillämpningar inom barnsjukvård*. Malmö: Vårdhögskolan.

HSL. (SFS 1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 27 december, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

HSL åt asylsökande m.fl. (SFS 2008:344). *Hälso- och sjukvårdslagen åt asylsökande m.fl.* Hämtad 27 december, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2008344-om-halso--och-s_sfs-2008-344/

HSL till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. (SFS 2013:407). *Hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Hämtad 27 december, 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2013407-om-halso--och-sjukvard-till-vissa_sfs-2013-407

*Huijts, I., Kleijn, W. C., van Emmerik, A. A., Noordhof, A., & Smith, A. J. (2012). Dealing with man-made trauma: The relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 25*(1), 71-78.

Jain, S., McLean, C., Adler, E., & Rosen, C. (2016). Peer support and outcome for veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD) in a residential rehabilitation program. *Community Mental Health Journal, 52*(8), 1089-1092.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1 utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford Univ. Press.

*Leaman, S. C., & Gee, C. B. (2012). Religious coping and risk factors for psychological distress among African torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(5), 457-465.

- Lindert, J., Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees - a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246-257.
- Michel, P., Otto, U., Nilsson, D., Bergh Johannesson, K., & Lundin, T. (2010). I Michel P. (Red.), *Psykotraumatologi* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Migrationsverket. (2015a). *Lagar som styr prövningen*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Styrning-och-uppfoljning/Lagar-och-regler/Lagar-som-styr-provningen.html>
- Migrationsverket. (2015b). *Ordförklaringar*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Ordforklaringar.html>
- Migrationsverket. (2016a). *Asylsökande - de största länderna*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asylsokande---de-storsta-landerna.html>
- Migrationsverket. (2016b). *Statistik*. Hämtad 3 januari, 2017, från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>
- Migrationsverket. (2016c). *Uppehållstillstånd för dig som har fått status som flykting*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyli-Sverige/Efter-beslut/Om-du-far-stanna/Uppehallstillstand-som-flykting.html>
- Passer, M., Smith, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., & Vliek, M. (2008). I Passer M. W. (Red.), *Psychology: The science of mind and behavior*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Regeringskansliet. (2016). *Frågor och svar: Lag och ordning om identitetskontroller vid allvarlig fara för den allmänna ordningen eller den inre säkerheten i landet*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://www.regeringen.se/artiklar/2015/12/fragor-och-svar-lag-och-forordning-om-identitetskontroller-vid-allvarlig-fara-for-den-allmanna-ordningen-eller-den-inre-sakerheten-i-landet/>
- Riksdagen. (SFS 2005:716). *Utlänningslagen*. Hämtad 27 december, 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/utlanningslag-2005716_sfs-2005-716
- Roy, C., & Roberts, S. L. (1981). *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Skärsäter, I. (2014). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Slewa-Younan, S., Uribe Guajardo, M. G., Heriseanu, A., & Hasan, T. (2015). A systematic review of post-traumatic stress disorder and depression amongst Iraqi refugees located in western countries. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(4), 1231-1239.
- Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf>

Socialstyrelsen. (2016a). *Bedömning av läget inom hälso- och sjukvården i landet*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/bedomning-av-laget-inom-halso-och-sjukvarden-mars-2016.pdf>

Socialstyrelsen. (2016b). *Hälso- och sjukvård och tandvård åt asylsökande och nyanlända - slutrapport oktober 2016*. Hämtad 27 december, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20370/2016-10-13.pdf>

Socialstyrelsen. (u.å.). *Vilken vård ska ett landsting erbjuda asylsökande och papperslösa?* Hämtad 27 december, 2016, från <https://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halso-ochsjukvardochtandvard/vilkenvardskaerbjudas>

Stanton, R., Reaburn, P., & Happell, B. (2015). Barriers to exercise prescription and participation in people with mental illness: The perspectives of nurses working in mental health. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(6), 440-448.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad 29 december, 2016, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Sjuksköterskans profession*. Hämtad 28 december, 2016, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 27 december, 2016, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014b). *Omvårdnad och god vård*. Hämtad 27 december, 2016, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.var_d_april_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 29 december, 2016, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_var_d_oktober_2016.pdf

Tamm, M. (2012). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Studier som ingick i resultatet

Granskningsmall 1

Protokoll för kvalitetsbedömning

Beskrivning av studien, t.ex. metodval.....

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej

Patientkaraktäristika Antal:
 Ålder:
 Man/kvinna:

Är kontexten presenterad? Ja Nej

Etiskt resonemang? Ja Nej

Urval

– relevant? Ja Nej

– strategiskt? Ja Nej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskriven? Ja Nej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej

– Råder datamättnad? (om tillämpligt) Ja Nej

– analys tydligt beskriven Ja Nej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej

Genereras teori? Ja Nej

Huvudfynd (Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?)

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

.....

Granskningsmall 2

Protokoll för kvalitetsbedömning

Vad avsåg studien att studera?.....

Patientkaraktäristika Antal:
 Ålder:
 Man/kvinna:

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Adekvat inkludering/exklusion? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Urvalsförfarandet beskrivet? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Representativt urval? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Bortfallsanalysen beskriven? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Bortfallsstorleken beskriven? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Adekvat statistisk metod? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Etiskt resonemang? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| <i>Hur tillförlitligt är resultatet?</i> | | |
| Är instrumenten valida? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Är instrumenten reliabla? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Är resultatet generaliserbart? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning?)

.....

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

.....

.....